

UNFALL-SCHADENANZEIGE	Polizzenummer:
Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau aus und senden Sie sie an die auf der Rückseite angekreuzte zuständige Schadenabteilung	Schadennummer:

VersicherungsnehmerIn: Name und Anschrift			Versicherte Person: Name und Anschrift		
E-Mailadresse					
Geburtsdatum	Beruf	Telefon	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____					

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Aufnehmende Polizeidienststelle
Unfallort	Name und Anschrift von Zeugen
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
Wurde ein Alkotest vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	War der/die Versicherte alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Konkrete Unfallschilderung

ERMÄCHTIGUNG

- Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Basler Versicherungs-Aktiengesellschaft ermächtige, eine Abschrift der/des Krankengeschichte/Ambulanzprotokolles betreffend meinen Unfall vom zu beschaffen.
- Ich ermächtige eine ausgewiesene Person der Helvetia Versicherungen Österreich AG in alle, diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte wenden!

Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen

Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?

Spitalsbehandlung

Stationär vom: bis: ambulant vom: bis:

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?

Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizzennummer angeben)

Gegen Unfall bei Gegen Krankheit bei

Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebrechen mit jetzigen Folgen

Bitte beachten Sie

Bei stationärer Behandlung und Bestehen einer Spitalgeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen.

Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Krankenstandsdauer unterfertigt vom behandelnden Arzt:

HELVETIA VERSICHERUNGEN ÖSTERREICH AG

Zuständige Schadenabteilung (angekreuzt):

- A-1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54
 A-4041 Linz, Pillweinstraße 30
 A-6850 Dornbirn, Bahnhofstraße 19
 A-8041 Graz, Karl Huber-Gasse 27

Telefon 01-331 60-0
Telefon 0732-700641
Telefon 05572-28557
Telefon 0316-475316

Telefax 01-331 60-200
Telefax 0732-700641-6034
Telefax 05572-28557-9030
Telefax 0316-475316-4030

DVR: 0430277, HG Wien FN 91097 t, UID-NR.: ATU 15366208